X kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 17)
z dnia 25 czerwca 2024 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 17)

25 czerwca 2024 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację ministra zdrowia na temat dostępność do leczenia onkologicznego i opieki paliatywnej w Polsce z uwzględnieniem osób starszych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Wojciech Konieczny** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Melanie Raczek-Żeromska** naczelnik w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Marcin Miernicki** pełniący obowiązki kierownik Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej i Hospicyjnej oraz Stomatologicznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Monika Pintal-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Bolesław Meluch** wiceprezes zarządu Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej Farmacja Polska, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej oraz **Krystyna Lewkowicz** stały doradca Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Damian Stanisławski** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dzień dobry. Szanowni państwo, otwieram 17. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Witam serdecznie wszystkich państwa posłów pracujących w Komisji. Witam zaproszonych gości. Witam serdecznie pana Wojciecha Koniecznego, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witam przedstawicieli departamentów Ministerstwa Zdrowia oraz Departamentu Polityki Senioralnej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Witam stałych ekspertów. Witam panią Krystynę Lewkowicz.

Szanowni państwo, stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Stwierdzam kworum.

Wszyscy państwo otrzymaliście informację o posiedzeniu. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie widzę. Stwierdzam przyjęcie porządku dziennego.

W porządku dziennym mamy rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności do leczenia onkologicznego i opieki paliatywnej w Polsce z uwzględnieniem osób starszych – referuje sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, pan Wojciech Konieczny.

Bardzo proszę, panie ministrze o zabranie głosu i przedstawienie informacji.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, na wstępie chciałbym zaznaczyć, że temat dzisiejszej Komisji jest bardzo szeroki, obejmujący wiele zagadnień. Profilowanie tego zagadnienia z uwzględnieniem osób starszych jest o tyle niespecyficzne, iż w dużej mierze zarówno opieka onkologiczna, jak i opieka paliatywna dotyczy sama z siebie osób starszych. W przypadku opieki paliatywnej dotyczy to już w znaczącej większości, nie jest jakoś specyficznie uwarunkowana w stosunku do innych dziedzin medycyny, w których dane schorzenia przebiegają o w pewnej zależności od wieku. Tutaj ta zależność wynika ze specyfiki chorób oraz z przebiegu chorób, czyli ze współistniejących chorób z racji naturalnego procesu starzenia się organizmu. Są pewne

szczególne warunki i inne okoliczności niż w innych grupach wiekowych, ale jest to podobne jak w innych dziedzinach medycyny.

Co do informacji, chciałbym przekazać następujące dane. Może zaczynając od 40-latków, mimo że nie jest to jeszcze przedmiotem prac Komisji. W tym wieku, który już jest niedaleki tego, żeby już zacząć myśleć o tym, że będziemy się znajdować w dalszych etapach życia. Wśród 40-latków zdecydowanie najliczniej rejestrowane były nowotwory piersi u kobiet, było to 28,8% przypadków, czyli 2800 zachorowań. Natomiast wśród osób w wieku średnim, czyli 50-59 lat najczęściej występującymi rodzajami nowotworów były nowotwory narządów trawiennych, to było 19,9% i narządów płciowych 17,5%. W grupie wiekowej 60-69 lat 20,7% stanowiły nowotwory narządów płciowych, 20,2% nowotwory złośliwe narządów trawiennych, a 18,9% nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej. W starszych grupach wiekowych, 70 lat i więcej struktura jest zbliżona, ale najwięcej zarejestrowano nowotworów złośliwych zajmujących narządy trawienne – 23,1% ogółu nowotworów. Następnie były to nowotwory narządów płciowych – 18,1% oraz narządów oddechowych i klatki piersiowej – 15,2%, ogółu rozpoznań w tej grupie wieku. Oczywiście, to predysponuje do odpowiedniego leczenia, czyli do tego, w których oddziałach i w jakich zakresach diagnostycznych pacjenci są diagnozowani oraz leczeni. Może to być w oddziałach ogólnych, medycznych, internistycznych, chirurgicznych czy innych, a także ambulatoryjnie, w zależności od specyfiki nowotworów. Istnieje specyficzność związana z tym, że na przykład w porównaniu do osób w wieku 20–39 lat, nie występuje grupa nowotworów klatki piersiowej czy płuc jako dominująca. W związku z tym leczenie jest różne w zależności od grupy wiekowej – inne w młodszym wieku, a inne w podeszłym, co wynika ze statystyk zachorowań.

Proszę państwa, w Polsce jest oczywiście wprowadzona i stosowana Narodowa Strategia Onkologiczna, na podstawie ustawy z 2019 r. i uchwały Rady Ministrów z 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pod nazwą „Narodowa strategia onkologiczna”. Wiecie państwo, że tutaj są odpowiednie cele, odpowiednie zakresy. Jednak niektóre z postanowień polityki onkologicznej musiały być przesunięte w czasie, ponieważ nie były w odpowiedni sposób przygotowane na wiosnę tego roku tak, aby mogły wejść w życie. Stąd jest to przesunięcie, aby uniknąć sytuacji, w której pacjenci nie będą objęci opieką ze względu na to, że niektóre zakłady opieki zdrowotnej, szpitale nie spełniały norm, które były zawarte w tej strategii. W związku z tym część pacjentów, oczywiście dotyczyłoby to w dużej mierze pacjentów w wieku podeszłym, miałyby trudność z dostaniem się do właściwej opieki. Dlatego cały czas rozwijana i prowadzona jest narodowa strategia. Zakłada ona równy dostęp do wysokiej jakości świadczeń, bez względu na to, w jakim wieku jest pacjent, wprowadzenie odpowiednich zmian organizacyjnych, działalność szkoleniową oraz rozwój badań naukowych. Generalnie stawia również na profilaktykę i promocję zdrowia. To w przypadku osób w zaawansowanej grupie wiekowej jest ważne. Tutaj możemy bardziej stawiać na szybsze wykrywanie, wczesne wykrywanie zmian nowotworowych, ale to również jest jednym z elementów Narodowej Strategii Onkologicznej. Oczywiście również ważny jest rozwój infrastruktury systemowej oraz inwestycje w kadry medyczne, edukację i zdrowy styl życia. To wszystko oczywiście w odpowiednim zakresie dotyczy osób w wieku podeszłym.

Ważna jest prewencja wtórna w tym przypadku, czyli poprawa skuteczności profilaktyki poprzez zwiększenie dostępności i poprawę jakości badań przesiewowych. Realizowane w tym obszarze działania ukierunkowane są także na zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe u osób określonych jako grupy docelowe. Oczywiście, w ramach odpowiedniego przedziału wiekowego wskazane są te grupy nowotworów, które najczęściej występują, i tutaj kierowane są różne programy badań przesiewowych do tych pacjentów. Cały czas inwestowane są środki w naukę, innowacje oraz system opieki onkologicznej, co jednak w pewnym stopniu było spowolnione wobec założeń.

W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej realizowany jest szereg działań ukierunkowanych na budowanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie wśród Polek i Polaków. Poprzez poprawę świadomości w zakresie wpływu stylu życia i postaw zdrowotnych na rozwój chorób nowotworowych, a także korzyści wynikających z uczestnictwa w badaniach przesiewowych, których celem jest między innymi zachęcanie kobiet

i mężczyzn do udziału w programach profilaktyki nowotworów złośliwych. Działania Narodowej Strategii Onkologicznej są skierowane do wszystkich grup wiekowych, uwzględniając specyfikę nowotworów występujących w tych grupach wiekowych. Jeśli chodzi o grupę seniorów, można wskazać takie działania, z których szczególnie mogą skorzystać, jak prowadzenie programu pilotażowego „Profilaktyka 40+". Program jest dostępny dla osób powyżej 40. roku życia, jednak nie wyklucza także osób w wieku 60, 65 itd. Podjęto decyzję o przedłużeniu tego programu do końca roku oraz o ewaluacji, abyśmy mogli ocenić, której dotychczas nie przeprowadzono. W związku z tym nie wiemy dokładnie, jakie grupy wiekowe uczestniczyły w tym programie. W tym programie tej ewaluacji nie uwzględniano do tej pory, więc teraz te prace są wdrożone. Dzięki współpracy zarówno NFZ, jak i Państwowego Zakładu Higieny będziemy mieli możliwość przeprowadzenia ewaluacji. Jesteśmy na etapie określenia sposobu przeprowadzania ewaluacji, również ze wskazaniem na grupy wiekowe, zgłaszalność, rozpoznania, które są stawiane oraz dalsze losy pacjentów. Chcemy zbadać na ile program „Profilaktyka 40+" wpłynął na zachowania prozdrowotne i wykrywalność chorób. Tych danych nie mogę państwu podać, bo tak jak mówię, do tej pory program nie był ewaluowany. Niestety nie dysponujemy tymi danymi, ale myślę, że jesienią będziemy już nimi dysponować i będziemy mogli w odpowiedzialny sposób przystąpić do kontynuacji tego programu od nowego roku. Być może oczywiście z dużymi zmianami, ponieważ to wyniknie z ewaluacji.

Następnie, wdrożenie finansowania ze środków NFZ profilaktycznej kolonoskopii oraz opieki nad rodzinami wysokiego ryzyka, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe. Jak państwo wiecie, program „Profilaktyka 40+" obejmuje wyłącznie badania laboratoryjne. Nasza idea idzie w takim kierunku, aby w tym programie można było rozszerzyć zakres badań, ale tę kolonoskopię już i dzisiaj można przeprowadzać.

Rozszerzenie grup wiekowych w programie profilaktyki raka piersi oraz w programie profilaktyki raka szyjki macicy. W przypadku raka piersi wiek zostaje zwiększony z 50–69 lat na 45–74 lata, co oznacza zwiększenie zakresu wiekowego w grupie seniorów z 69 na 74 lata. Natomiast w profilaktyce raka szyjki macicy zakres wiekowy zostaje zwiększony z 25–59 lat na 25–64 lata, co oznacza zwiększenie zakresu wiekowego z 59 na 64 lata.

Prowadzenie programu badań w kierunku wykrywania raka płuca, który jest skierowany do następującej grupy. Jak państwo pamiętacie, z tego co przytoczyłem, u seniorów ten rak jest szczególnie często występujący. Osoby w wieku 55–74 lata, które mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 tzw. paczkolatom i są aktywnymi palaczami. Wiecie państwo, o co chodzi? 20 paczek przez 20 lat. Osoby, które spożywają tytoń w ilości większej lub równej 20 paczkolatom i rzuciły palenie nie więcej niż 15 lat temu, dotyczy ostatniego okresu abstynencji. Osoby w wieku 50–74 lata, które mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkolatom i są aktywnymi palaczami, mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkolatom i rzuciły palenie na nie więcej niż 15 lat dotyczące ostatniego okresu abstynencji. Również ten program obejmuje osoby, u których stwierdzono jeden z czynników ryzyka: z uwagi na wykonywany zawód były narażone na działanie krzemionki, berylu, niklu, chromu, kadmu, azbestu, związków arsenu, spalin silników diesla, dymu ze spalenia węgla kamiennego, sadzy, ekspozycji na radon, chorowały na raka płuca, chłoniaka, raka głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, na przykład raka pęcherza moczowego, osoby z bliskiej rodziny, krewni pierwszego stopnia, gdzie występował rak płuca lub osoby, które chorują na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc lub samoistne włóknienie płuc. Czyli to są osoby, które z różnych powodów są bardziej narażone na wystąpienie zmian nowotworowych i w wieku senioralnym czy tuż przed powinny być objęte szczególną opieką. Tak ten program to zakłada.

Oczywiście ustawa, o której mówiłem, ma na celu realizację przyjętej Narodowej Strategii Onkologicznej, jak również osiągnięcie jak najlepszej organizacji opieki onkologicznej w Polsce. Ustawa ta wprowadza nową strukturę organizacyjną. Przynajmniej tak być powinno, że priorytetem ma być zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, wieku czy stanu zaawansowania choroby, równego dostępu

i takiej samej jakości do leczenia onkologicznego oraz diagnostyki w całej Polsce. To założenie oczywiście jest w realizacji. Nie możemy powiedzieć, że taki ideał został osiągnięty, ale strategia to zakłada i w tym kierunku idziemy.

Mam tutaj szereg danych dotyczących występowania nowotworów oraz sposobów postępowania z nimi u osób w podeszłym wieku. Z istotnych danych, na przykład mogę przedstawić odsetek kart DiLO wystawionych dla osób w wieku 60 lat i więcej. Wśród wszystkich wystawionych kart DiLO w latach 2019-2023 utrzymywał się na względnie stałym poziomie 66-68%. Skoro wystawiamy 66-68%, czyli ponad 2/3 kart DiLO osobom w wieku powyżej 60 roku życia, to i większość diagnostyki leczenia operacji i wszystkich innych zakresów leczenia w Polsce, dotyczy osób w tym wieku. Z kolei następne dane, które mogę przedstawić, na przykład w latach 2019-2021, ogólny odsetek diagnostyk wstępnych wykonanych terminowo – czyli tak, jak zakładamy w naszym programie – utrzymywał się na względnie wysokim poziomie, około 75%. W przypadku diagnostyk wstępnych wykonanych u pacjentów 60 lat i więcej, był on bardzo zbliżony, różnica była 0,1–0,2%. W latach 2022–2023 jednak odsetek diagnostyk wstępnych wykonanych terminowo spadł odpowiednio do 66,9–65,5%. Przy czym należy wskazać, że w przypadku diagnostyk wstępnych wykonanych u osób 60 lat i więcej jest on nieco wyższy, i w 2022 r. wynosił 67,6%, a w 2023 r. 66,3%.

Proszę państwa, oczywiście można tutaj nałożyć na to kwestię pandemii. Wszystkie statystyki, które dotyczą leczenia chorób nowotworowych w latach pandemicznych na pewno są obarczone, nie to, że błędem, bo one są prawidłowe, tylko tym, że pewne wnioski mogą być błędne, ponieważ dostępność leczenia, szczególnie wstępnej diagnostyki, na przykład diagnostyki płucnej była dużo gorsza, co u osób w wieku podeszłym było szczególnie istotne. Oddziały pulmonologiczne były przekształcane w oddziały covidowe na długi okres, czasami nawet półtora roku, czasami więcej, co powodowało trudności we wczesnej diagnostyce onkologicznej. Ponieważ wiadomo, że nie wykonywano w odpowiednim zakresie, na przykład bronchoskopii, nie pobierano wymazów, badań histopatologicznych itd, co skutkowało rozwojem tych nowotworów. Dlatego przedstawiam państwu te dane statystyczne. Są one prawdziwe, jednak należy wziąć pod uwagę specyfikę tego okresu.

Co do na przykład diagnostyk pogłębionych wykonanych terminowo w ramach karty DiLO, w 2019 r. odsetek wynosił 73,5%, w przypadku osób w wieku 60 lat i więcej było to 71,7%. W latach 2020–2021 dane dotyczące odsetka diagnostyk pogłębionych wykonanych terminowo w ramach karty DiLO były nieco wyższe, utrzymywały się na stałym poziomie 75,9% i 76,2%. Przy czym, w przypadku diagnostyk pogłębionych wykonanych u pacjentów w wieku 60 lat i więcej, terminowo wykonano nieco mniej diagnostyk – odpowiednio 74% i 75%. W latach 2022–2023 odsetek diagnostyk pogłębionych wykonanych terminowo w ramach karty DiLO ponownie spadł i wyniósł w roku 2022 71,7%. Natomiast w przypadku osób w wieku 60 lat i więcej odsetek diagnostyk pogłębionych wykonanych w terminie był nieco niższy w 2023 r., spadł poniżej 70%. Inne dane, które mogę państwu przekazać dotyczą liczby udzielonych świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej związanej z rozpoznaniem onkologicznym. Na przykład w roku 2020 liczba ta spadła o 7% w stosunku do roku 2019, czyli o 7% spadła ilość świadczeń opieki ambulatoryjnej w pierwszym roku pandemii. Natomiast w roku 2021 nastąpił 5% wzrost liczby udzielonych świadczeń w stosunku do roku poprzedniego. W 2022 r. nastąpił nieznaczny spadek o 1% w stosunku do poprzedniego roku, czyli tutaj dopiero w 2023 r. mniej więcej weszliśmy na poziom roku 2019, jeżeli chodzi o ilość świadczeń wykonywanych ambulatoryjnie pacjentom z rozpoznanym schorzeniem onkologicznym. Proces ten jednak trwał, a lata 2020–2022 wypadały źle pod względem diagnostyki onkologicznej.

Mam również dane na temat odsetka osób w wieku powyżej 60 lat i więcej korzystających ze świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w związku z rozpoznaniem onkologicznym w latach 2019¬–2023, pozostawał na stałym poziomie 75-76%. Oznacza to, że prawie trzy czwarte osób korzystających z tych usług miało 60 lat lub więcej. Można powiedzieć, że problem omawiamy dzisiaj jest problemem ogólnomedycznym, bo dotyczącym 75% świadczeń, które są w zakresie wykonywanych

ambulatoryjnie. Teraz, jeżeli chodzi o wartość świadczeń, nie należy się tu spodziewać różnicy i jej specjalnie nie ma. Jeśli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, w latach 2019–2023 wartość świadczeń udzielanych na rzecz osób w wieku 60 lat i więcej stanowiła 72%–75% wartości tych świadczeń.

Oczywiście, mamy również dużo danych, których nie będę już przytaczał, na przykład wynikające ze specyfiki leczenia nowotworów. Chemioterapia, radioterapia oraz zabiegi operacyjne są stosowane w zależności od rodzaju nowotworu, który jest najczęściej leczony w pierwszej kolejności. W tych grupach wiekowych tego typu świadczenia miały przewagę. Pacjenci w wieku 60 lat i więcej stanowią większość pacjentów leczonych w ramach leczenia szpitalnego, w związku z rozpoznaniem onkologicznym. Odsetek ten w latach 2019–2023 był dla poszczególnych form terapii na względnie stałym poziomie. Najmniejszy wynosił 69% w przypadku pacjentów leczonych w ramach chemioterapii. Oczywiście jest to ponad dwie trzecie, ale chemioterapia była względnie najrzadziej stosowaną metodą leczenia u osób w wieku 60 lat i więcej. Wyjątek stanowią onkologiczne świadczenia kompleksowe w przypadku, w których w kolejnych latach odsetek pacjentów 60 lat i więcej ulegał stale zwiększeniu do 70% w 2023 r.

Może jeszcze podam wartość szpitalnego leczenia, ale ona też się waha w granicach 67%– 69%, jeśli chodzi o nakłady. Również możemy uwzględnić programy lekowe, z wyszczególnieniem wartości świadczeń udzielonych na rzecz osób w wieku 60 lat i powyżej. Można powiedzieć, że w 2020 r. wartość świadczeń z zakresu programów lekowych wzrosła o 24% w stosunku do roku poprzedniego. W kolejnym roku nastąpił ponownie wzrost wartości omawianych świadczeń o 15%. W 2022 r. wzrost o 22%. Natomiast w 2023 r. wartość omawianych świadczeń wzrosła o 34% w stosunku do roku 2022. W latach 2019–2023 wartość świadczeń udzielanych na rzecz osób w wieku 60 lat więcej stanowiła 68%–70% wartości omawianych programów lekowych. Oczywiście, tutaj należy brać poprawkę, bo ten wzrost jest bardzo duży, ale należy uwzględnić, jakie leki i w jakich programach lekowych zostały dodane. Nie można wprost kierować się tą liczbą, że o tyle nastąpił wzrost zachorowań czy wzrost liczby leczonych. Takie wartości po prostu wystąpiły ze względu na to, że na przykład jakieś drogie leczenie w danym programie lekowym było udostępnione na tej grupie wiekowej. W każdym razie wzrost jest znaczący. Trzeba powiedzieć, że nawet bardzo znaczący w grupie wiekowej 60 lat i więcej.

Nie chcę przedstawiać zbyt szczegółowo tych danych, ale jeśli chodzi o radioterapię, to na przykład w roku 2020 wartość świadczeń z zakresu radioterapii spadła o 7% w stosunku do 2019 r. Następnie w 2021 r. nastąpił wzrost o 1%. W roku 2022 wzrost nastąpił o 24%, a w 2023 r. o 23%. Są to bardzo duże wzrosty po tym względnym załamaniu, co świadczy o tym, że leczenie w przypadku radioterapii musiało być zastosowane u dużo większej ilości pacjentów. Wiadomo z jakich przyczyn. Jeśli chodzi o wartość radioterapii, w latach 2019–2023 wartość świadczeń udzielanych na rzecz osób w wieku 60 lat i więcej stanowiła 72%–77% wartości omawianych świadczeń, czyli również bardzo dużo. Takie dane, w których można powiedzieć, że jest nieco mniejszy odsetek, to wartość onkologicznych świadczeń kompleksowych. Ona też rośnie, ale na rzecz osób w wieku 60 lat i więcej stanowiła 52%–63%, biorąc pod uwagę lata 2019-2023 wartości omawianych świadczeń. Jest to znacząca większość, choć nieco mniejsza niż w innych przypadkach. Tutaj również mamy dane dotyczące pacjentek korzystających na przykład z profilaktycznej mastektomii i widzimy odwrotną sytuację. Pacjentki w wieku 60 lat i więcej stanowią odsetek poniżej 8% wszystkich zabiegów. To jest również naturalne, związane z zapadalnością i występowaniem tych nowotworów. Generalnie można stwierdzić, że jeśli chodzi o leczenie onkologiczne, macie państwo obraz wielkości tego problemu w stosunku do innych grup wiekowych, zwłaszcza dla osób starszych. To jest po prostu ogromna część onkologii w Polsce, co jest zrozumiałe.

Tematem jest również opieka paliatywna. Mogę powiedzieć, że pacjenci w wieku 60 lat i więcej obejmowani są opieką w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dorosłych lub poradni medycyny paliatywnej. Jednostki chorobowe, które kwalifikują się do leczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej to choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzonej odporności,

czyli przez wirus HIV, AIDS, nowotwory, następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, stwardnienie rozsiane, kardiomiopatia, niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej oraz owrzodzenia odleżynowe. Oczywiście mamy tutaj również specyfikę wiekową i niektóre z tych schorzeń występują częściej, takie jak nowotwory czy następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego. Jednakże to dużo mniejsza grupa w porównaniu ze schorzeniami onkologicznymi. Na przykład stwardnienie rozsiane, które jest chorobą wieku młodszego, jednak swoje następstwa często te prowadzące do kalectwa i niesprawności objawia w wieku późniejszym, stając się większym problemem dla osób starszych. Podobnie jest z kardiomiopatią, jak i niewydolnościami oddechowymi lub też owrzodzeniami odleżynowymi, które też w dużej mierze dotyczą osób starszych.

Oczywiście, mamy tutaj całe zasady kierowania, zasady przyjmowania oraz realizacji tych świadczeń. Należy również zaznaczyć, że 31 marca bieżącego roku zakończył pracę zespół powołany przez ministra zdrowia do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. W tej chwili zapoznajemy się z wynikami prac zespołu, celem implementacji rozwiązań, które wynikają z opracowanych wniosków. W szczególności planowane są zmiany w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w zakresie kryteriów kwalifikacji pacjentów, celem zapewnienia dostępności do tych świadczeń pacjentom najbardziej potrzebującym. Przeanalizowano generalnie sposób opieki, kierowania oraz klasyfikacji pacjentów. Jeżeli dojdziemy do wniosku, że inne schorzenia oraz inne grupy pacjentów również powinny być objęte tą opieką, możemy wprowadzić odpowiednie zmiany, choć jesteśmy w trakcie opracowywania dużych zmian związanych z opieką długoterminową i opieką w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Będzie to powiązane z opieką hospicyjną, ale również z pracą w zakresie domów pomocy społecznej. Jest to kompleksowa reforma dotycząca osób w wieku podeszłym, w zależności od tego, w jakim stanie fizycznym się znajdują.

Oczywiście mogę powiedzieć, że opieka paliatywna i hospicyjna zawsze będzie miała swoje bardzo duże miejsce. Oczywiście, dochodzi do tego, że likwidujemy limity, co jest dużym krokiem do przodu dla tych pacjentów. Musimy też sobie zdawać sprawę z tego, że musimy pilnować kwalifikacji i tego, jaki sposób leczenia przebiega w zakładach hospicyjnych, w medycynie paliatywnej, w ZOL-ach i w opiece długoterminowej. Wymaga to kontroli i doprecyzowania, ponieważ te zakresy często się mieszają, co nie zawsze jest korzystne. Pewne kroki w tym kierunku są przed nami. Tak jak powiedziałem, będzie to większa, powiedzmy, reforma, choć może lepiej powiedzieć reorganizacja opieki nad osobami w podeszłym wieku, w zależności od ich stanu fizycznego Jesteśmy w trakcie pozyskiwania środków z KPO zarówno na infrastrukturę, jak i na szkolenia oraz personel. Jest to proces, który obecnie się toczy i będziemy obserwować jego efekty w najbliższych latach. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze za przedstawienie materiału.

Otwieram dyskusję.

Panie ministrze, dziękuję za ten materiał. Powiem, że rzeczywiście Komisja jest dedykowana seniorom, stąd interesuje nas sytuacja w obszarze zdrowotnym, głównie dzisiaj leczenie onkologiczne i dostępność do opieki paliatywnej seniorów. Każdego roku na Komisji Polityki Senioralnej tego typu dane były przedstawiane, bo rzeczywiście jest to dla nas interesujące, jak wygląda sytuacja.

Ponieważ otworzyłam dyskusję, pozwolę sobie najpierw zabrać głos. Panie ministrze, mówił pan o programie „Profilaktyka 40+" i parokrotnie powoływał się na tę grupę wiekową. Chciałam zapytać, bo oczywiście jest to program, który jest realizowany od 40 roku życia i tam też mieszczą się seniorzy, ale chciałam zapytać, czy Ministerstwo Zdrowia planuje dedykować specjalny program profilaktyczny osobom w wieku senioralnym, czyli 60+? Patrząc na dane związane z zachorowalnością i problemami, czy państwo macie takie plany? To jest moje pierwsze pytanie.

Druga kwestia: chciałam zapytać, jak według pana oceny wygląda sytuacja w skali porównawczej? Pan minister omawiał lata 2019–2023, przedstawiając również stosowne wykresy. Jak w pana ocenie porównawczo na przestrzeni tych lat wygląda sytuacja, jeżeli chodzi o choroby onkologiczne i dostępność do opieki paliatywnej? Jeśli pan minister dzisiaj nie jest w stanie odpowiedzieć, bo pytam o skalę porównawczą, to oczywiście możemy poprosić o to, żeby odpowiedź została przesłana czy przedstawiona na którymś z kolejnych posiedzeń. Myślę, że będzie to dla nas interesujące.

Jeszcze jedna kwestia: chciałam pana ministra poprosić o przedstawienie skali wzrostu nakładów. Mamy w materiale informacje dotyczące dostępności do świadczeń, ale to nam nie pokazuje wzrostu nakładów w latach 2015–2022. Nakłady na onkologię wzrosły znacząco, bo z ponad 7 mld do 12 mld zł. Nie wspominam o 2023 r. Zabrakło mi w tym materiale wykresu, który obrazowałby wzrost nakładów na leczenie onkologiczne i opiekę paliatywną osób w wieku 60+. O to bym również bardzo serdecznie poprosiła pana ministra. To są moje trzy pytania. Bardzo dziękuję.

Kto z państwa posłów jeszcze zechciałby zabrać głos w dyskusji? Bardzo proszę, pani przewodnicząca Alicja Chybicka.

Poseł Alicja Chybicka (KO):

Szanowni państwo, onkologia w każdym wieku jest dziedziną bardzo trudną. Podstawą jakości postępowania medycznego i działania systemu jest czas przeżycia chorych wolny od zdarzeń, tak zwany event-free survival i procent uzyskiwanych remisji. W wieku senioralnym jest to trochę inaczej, bo dla każdego człowieka rok życia jest bezcenny. Jednak ten czas inaczej bije w nowotworach, które idą jak burza, czyli w wieku dziecięcym i u ludzi bardzo młodych, gdzie rok niewiele znaczy, choć oczywiście nie jest bez znaczenia. W wieku senioralnym, szczególnie powyżej 80 lat, rok życia znaczy bardzo dużo.

Zatem strategia terapeutyczna w wieku senioralnym, im ten wiek jest wyższy, musi być bardziej dopasowana do człowieka. Dlaczego? Dlatego, że osoba w wieku senioralnym może mieć schorowane lub zdrowe narządy, choć niestety rzadko ma zdrowe. Do tego musi być dopasowane postępowanie. Na przykład, jeśli w nowotworach układu krwiotwórczego wykonuje się transplantację komórek macierzystych, to podaje się zredukowaną chemioterapię, nie taką jak dzieciom, gdzie jest bardzo wysoka. Podaję to jako przykład, ponieważ tego mi zabrakło, panie ministrze, w tym wystąpieniu. Jak wypadamy na tle Europy? Jak wypadamy na tle świata? Jakie są porównywalne wyniki? Jak pan minister pamięta, czepialiśmy się wspólnie na senackiej komisji zdrowia, że w ustawie przygotowanej przez poprzednią ekipę dotyczącej jakości, tego brakowało. Jednak dzisiaj w tym wystąpieniu też tego brakuje. Jak wypadamy w grupie senioralnej na tle krajów europejskich? Jesteśmy krajem europejskim, ale jak wyglądamy na tle tych bogatszych krajów? Wiem, że nie wygląda to dobrze. Dlatego same cyfry niewiele znaczą, bo najważniejsze jest życie i zdrowie ludzkie. Tak naprawdę życie i zdrowie mówiąc prosto i jasno. Jeśli nie uzyskujemy poprawy przeżycia, jeśli nie uzyskujemy poprawy długości życia na tle innych, którzy też walczą z nowotworami, to jeszcze jest sporo do zrobienia. Chodzę dosyć pilnie na wszystkie zespoły dotyczące onkologii i wiem na pewno panie ministrze, że poprawa się dokonuje, że nie jest tak źle, jak było kiedyś, że nawet w kilerze takim jakim jest rak płuc jest poprawa, bo jest szybsza diagnostyka.

Ale chyba nigdy nie było w ministerialnym ani rządowym postępowaniu wydzielonej strategii leczenia chorób nowotworowych u seniorów. Czy może się mylę? Wydaje mi się, że tego nigdy nie było, a tak powinno być. Powinno się to oddzielić i specjalnie dedykować tam onkologów, których nie ma albo może ich w jakiś sposób wykształcić trochę geriatrycznie. Pan powiedział, panie ministrze, że gro chorujących to osoby w wieku senioralnym. Chorują jednak też młodzi. Nie mówię o dzieciach, bo tych jest najmniej, ale też chorują. Nowotwór nie oszczędza nikogo w żadnym wieku i właśnie dlatego jest tak podły. U młodszych osób jest bardziej agresywny i zabija szybciej, jeśli nic się z tym nie zrobi. W wieku senioralnym tego czasu potencjalnie jest trochę więcej i zrobiony zły ruch terapeutyczny może zabrać życie, a ten nowotwór w wieku senioralnym czasem tak idzie latam. W naszym kraju są specjaliści i to mnie boli. Uważam, że to powinno się zmienić. Jeśli zachoruje senior, na przykład na raka trzustki, to wiemy, gdzie są najlepsi

specjaliści i gdzie trzeba się pędzić. Nie można pójść byle gdzie i dotyczy to wszystkich nowotworów, a szczególnie w wieku podeszłym. Czy kiedyś będzie zrobiony taki rozkład jazdy, gdzie w Polsce są koordynatorzy od poszczególnych narządów, gdzie robią to najlepiej, gdzie mają te europejskie programy? Wiem, że profesor Jassem nad tym pracował i przygotował świetny cancer plan, który niestety nie został wdrożony, ale może kiedyś się to stanie.

Świetne jest to, że przyspieszamy diagnostykę i ją pogłębiamy, ale trzeba też skrócić drogę pacjenta do leczenia. Trochę podobnie jak w chorobach rzadkich, część nowotworów to rzadkie, ale większość to te takie raki częste, gdzie są miejsca poza, bo na razie mamy tylko breast unit i to bardzo mało oraz jeden cancer unit. Czy dobrze mówię, czy może jest ich więcej? Każdy wie, że tam trzeba pędzić, bo jest pomoc od początku do końca, taka jak na świecie. Tak powinno być w przypadku każdego nowotworu, a to wymaga ogromnej pracy. Pan pokazał dane z poprzednich lat, gdzie było 160 tys. zachorowań, a w tym roku spodziewamy się 200 tys. W 2023 roku było chyba 180 tys. zachorowań. Nowotwory postępują we wszystkich grupach wiekowych i wszystkie działania, które państwo podejmują, są bezcenne.

Myślę, że kiedy poprawiona Krajowa Sieć Onkologiczna wejdzie w życie, to też dużo da. W tej sieci może warto wydzielić małą sekcję dedykowaną seniorom, jeszcze się temu będę przyglądała, jak w podkomisji dla seniorów. Tak jak geriatra prowadzi chorego inaczej pod każdym względem, tak na razie nie mamy onkologa geriatry. Pediatra onkolog istnieje, ale geriatra onkolog nie. Tymczasem dzieci jest 7 mln, a seniorów prawie 10 mln. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani przewodniczącej za głos.

Też trochę to miałam na myśli mówiąc o programie „Profilaktyka 60+" i o tym, żebyśmy jednak wydzielali seniorów z tej całej grupy pacjentów chorych onkologicznie, czy objętych opieką paliatywną, bo to jest cel pracy naszej Komisji.

Czy ktoś jeszcze z państwa posłów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pani poseł Lidia Burzyńska. Potem poprosimy pana ministra o odpowiedź.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, Szanowni państwo, bardzo dziękuję pani wiceprzewodniczącej za te słowa, które naprawdę są bardzo istotne. Każdy przeżyty rok jest ważny dla każdego człowieka, a szczególnie dla seniora.

Idąc dalej właśnie tą myślą, która zawiera wielką głębię i którą powinniśmy my parlamentarzyści, ale również i Ministerstwo Zdrowia, mieć ze wszech miar na uwadze. Pani wiceprzewodnicząca też powiedziała ważne słowa, że cieszy się pani, że teraz jest lepiej, jeżeli chodzi o diagnostykę, przyspieszanie i możliwości. Dotykamy materii 60+, nie wcześniej, bo wiadomo, że choroba, nowotwory są złą passą dla każdego człowieka i dla każdego najbliższego zachorowanej osoby.

Ale panie ministrze, mam pytanie. Usłyszałam, że przyspieszamy diagnostykę. Jeżeli przyspieszacie państwo diagnostykę, za co bardzo dziękuję, ponieważ to jest bardzo istotna część państwa działalności, chciałabym zapytać, w jaki sposób przekazywane są seniorom informacje o badaniach przesiewowych, możliwościach skorzystania z programów oraz badaniach profilaktycznych? To jest bardzo istotne.

Bardzo dziękuję za szczegółowe informacje, panie ministrze, przekazywane w rozbiciu na poszczególne jednostki chorobowe i na poszczególne województwa. Jednak jestem zaniepokojona, mimo że akurat nasze województwo śląskie nie wypada w tych statystykach najgorzej, jako parlamentarzysta całej Rzeczypospolitej Polskiej jestem zaniepokojona skąd są tak duże zróżnicowania, jeżeli chodzi o statystykę, diagnostykę oraz sytuację leczniczą w poszczególnych regionach. To jest ważne. Czy wynika to z niespójnej liczby lekarzy, czy z niespójnej dostępności do informacji?

Jeszcze jedna informacja, ponieważ szczególnie wydaje mi się, że Komisja Senioralna, gdzie została również powołana podkomisja ds. seniorów z terenów wiejskich, jest to ważna informacja. Jak to się dzieje, że na tle UE, gdzie w innych państwach Unii Europejskiej liczba seniorów na terenach miejskich i wiejskich jest równa, w Polsce

jesteśmy jedynym krajem, gdzie około 42% seniorów mieszka na terenach wiejskich, a 58% na terenach miejskich? Tam, gdzie dostęp do informacji i możliwości zdiagnozowania są zdecydowanie większe. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani poseł.

Proszę uprzejmie, pana ministra o odpowiedź na pytania.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, co do pytania o program „Profilaktyka 60+" oraz „Profilaktyka 40+" i w jaki sposób to będziemy oceniać. Zespół ds. opieki geriatrycznej nad tym pracował i obecne zespoły, które są powołane również nad tym pracują. Problem polega na tym, że te programy nie były ewoluowane. Nie mamy danych, właściwie żadnych, jaka grupa osób w programie 40+ wzięła udział powyżej 60 roku życia, powyżej 50. Możemy to ściągać obecnie, ale program pilotażowy powinien zakładać ewaluację tego programu, aby osiągnąć jakieś cele, czy sprawdzić, czy te cele są osiągane. Niestety tego nie było, w związku z czym dysponujemy małą ilością danych, aby można było określić, na ile program „Profilaktyka 40+" był odbierany również przez seniorów i w jakim procencie, jakie efekty przyniósł, na przykład w zakresie chorób onkologicznych. To są rzeczy, które dopiero trzeba sprawdzić. W tej chwili jest do tego zobowiązany NFZ, aby przeprowadził odpowiednią ewaluację programu oraz inne instytucje podległe Ministerstwu Zdrowia. Jedyna ewaluacja, która jest z tego programu, to ile osób do niego przystąpiło. Ten program się na tym opierał, że jak będzie przystępować dużo ludzi, to dobry program, jak będzie przystępować mało ludzi, to zły program. Ale naszym zdaniem to za mało danych i w tej chwili będziemy się starali wyciągnąć takie dane, o które pyta pani przewodnicząca.

Co do tej skali porównawczej to przepraszam...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam bardzo, panie ministrze. Nie pytałam o takie dane, o których pan teraz powiedział, tylko czy państwo planujecie wprowadzenie programu „Profilaktyka 60+". O to pytałam. Jeśli chodzi o te dane, o których pan mówił, to temat zdrowia osób starszych był poruszany na Komisji co roku, i Komisja otrzymywała takie informacje. Pytałam, czy Ministerstwo Zdrowia planuje przygotować program „Profilaktyka 60+". Dziękuję.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Pani przewodnicząca, jeżeli na Komisji była przedstawiana ewaluacja programu „Profilaktyka 40+", to w takim razie będziemy musieli sprawdzić przebieg tych Komisji, ponieważ nic na ten temat nie wiem, aby ten program był ewaluowany. Jeżeli rzeczywiście co roku państwo otrzymaliście jakieś dane, to musimy to sprawdzić.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Mówiłam o tematyce dotyczącej zdrowia.

Panie ministrze, mam do pana wielką prośbę, gdyby pan zechciał odpowiedzieć na moje pytanie, a nie odbijać do mnie piłeczkę, bo tylko przypomnę, że Komisja w związku ze swoim celem działania ma prawo oczekiwać od przedstawicieli rządu informacji. Panie ministrze, uprzejmie proszę, aby takie informacje przedstawił. Natomiast wydaje mi się, że ta dyskusja idzie trochę nie w tą stronę. Proszę mnie nie łapać za słówka to moja gorąca prośba i odpowiadać na pytania. Na to pytanie pan nie udzielił odpowiedzi. Jeśli mam teraz panu odpowiadać, czy pan mnie dobrze zrozumiał czy nie, to chyba nie o to chodzi. Komisja reprezentuje władzę ustawodawczą, rząd jest władzą wykonawczą i to rząd odpowiada na pytanie Komisji. Bardzo proszę pana ministra o udzielenie odpowiedzi.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Pani przewodnicząca, jeśli będę miał...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czy zamierzacie państwo przygotować program „Profilaktyka 60+"?

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Jeśli pani przewodnicząca będzie mi przerywać wypowiedzi, to tych odpowiedzi pewnie pani nie uzyska. Natomiast będę odpowiadał w sposób, który uważam za właściwy, czyli oparty na wiedzy medycznej, na danych, a nie na oczekiwaniach odpowiedzi. Chociaż odpowiem na to pytanie, które pani przewodnicząca zadaje, zresztą taki od początku miałem zamiar, gdyby nie przerywanie mi wypowiedzi, to zapewne już byśmy byli, poza tym punktem.

Otóż w tej chwili ocenimy, czy jest potrzeba wprowadzania programu 60+, jeśli będziemy znali ewaluację programu 40+. Mając te dane mogę powiedzieć, że w tej chwili nie są prowadzone prace nad wprowadzeniem specjalnego programu 60+, jeśli oczekuje pani przewodnicząca takiej odpowiedzi. Temat dzisiejszej Komisji, czyli leczenie onkologiczne i hospicyjne oraz opieka dla osób w wieku senioralnym, jak przedstawiłem na początku, wskazuje na to, że są to dziedziny, które dotyczą głównie tych osób. W związku z czym można powiedzieć, że nakierowanie zarówno nakładów sił, osób, jak i infrastruktury na leczenie osób w wieku podeszłym w tych zakresach, o których mówimy, jest bardzo duże.

Musimy również uważać, aby nie popełnić błędu podobnego do tego z programem „Geriatria 75+", czyli tworzenia czegoś, co nie ma racji bytu. Czy programy mają być 60+, a dlaczego nie 55+, 58+ czy 66+, żeby to ocenić musimy wiedzieć przynajmniej jak ocenić program 40+. Musimy mieć jakiekolwiek dane dotyczące jednego programu, który został wprowadzony. Na podstawie ewaluacji, która powinna być wpisana w ten program, a nie została, dzisiaj mielibyśmy dane do dużo szerszej rozmowy. Mógłbym przytaczać pani przewodniczącej jakieś dane, które byłyby pewnie łatwiej przyjmowane czy lepiej przyjmowane. W tej chwili to, co mówię, nie oznacza, że nie chcemy prowadzić profilaktyki u tych pacjentów. Wskazane są pewne zakresy badań, takich jak kolonoskopia czy badania klatki piersiowej, które powinny być ukierunkowane w zależności od rodzaju nowotworu. To musimy badać – to jest najważniejsze do zbadania.

Natomiast wracając do pytań pani przewodniczącej, myślę, że ta odpowiedź będzie pełna. Dane, które udało się uzyskać w trakcie Komisji, mogę powiedzieć, że w 2015 r., jeśli chodzi o nakłady finansowe na leczenie onkologiczne wynosiły 7,1 mld zł, a w 2023 r. 19,8 mld zł, więc jest bardzo duży wzrost w latach 2015–2023. Jeżeli chodzi o procent PKB, jest to wzrost z 0,39% do 0,57% PKB. Oczywiście, ten wzrost w nakładach jest procentowo dużo większy, jeśli chodzi o PKB to już nie taki duży, ale oczywiście i tak jest bardzo duży. Ten wzrost jest zaobserwowany i widoczny.

Wracając do pytania pani poseł, a wcześniej senator prof. Chybickiej, dzisiaj nie mam danych, żeby porównać z poszczególnymi krajami Europy Zachodniej. Oczywistą rzeczą jest, że musimy jeszcze nadrobić wiele, a nakłady powinny być w dalszym ciągu zwiększane i taki jest też plan, takie są założenia. Wiadomo, jak duże pieniądze są przekazywane obecnie na onkologię dziecięcą i onkologię dorosłych, jakie infrastrukturalne projekty są planowane. W tym kontekście obserwujemy dynamiczny rozwój

Co do skali porównawczej, to przepraszam panią przewodniczącą, ale niedokładnie zrozumiałem chyba pytanie. Skala porównawcza dostępności do opieki onkologicznej? Jeśliby pani przewodnicząca mogłaby sprecyzować pytanie, prawdopodobnie odpowiemy na piśmie, bo nie wiem dokładnie, o jakie dane pani przewodniczącej chodzi.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

To wymaga analizy, dlatego od razu zastrzegłam, że oczywiście możliwa jest odpowiedź na piśmie. Chodzi mi o porównanie w obszarze lat 2019–2023. Jak to wyglądało. Pan minister znalazł i przekazał...

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dostępności?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tak, tak w perspektywie tych chorób nowotworowych, które państwo wskazujecie w informacji. One są wyszczególnione chociażby w spisie treści. Zatem o takie porównanie mi chodzi, o analizę, o jaką też pytała pani prof. Chybicka.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Analizę dostępności w porównaniu roku 2019 do roku 2023.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Ale także o analizę jakościową. To jest też to, o co pytała pani prof. Chybicka.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dobrze, to poproszę, przygotujemy odpowiedź na piśmie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dobrze.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Na pytanie o nakłady odpowiedziałem. Teraz, jeżeli chodzi o opiekę paliatywną i hospicyjną, to oczywiście z racji uwolnienia limitów te nakłady na pewno znacznie wzrosną i jesteśmy na to przygotowani. Pytanie na tle Europy również odpowiedziałem.

Pani prof. Chybicka pytała o oddzielną strategię dla seniorów. Tak jak mówię, trudno tutaj do końca taką... Oczywiście jest ta specyfika, o której cały czas mówię. To kwestia podejścia do danych statystycznych i odpowiednich ruchów w zakresie danych przedziałów wiekowych. Natomiast przy tej ilości pacjentów w sensie procentowym, onkologia jest głównie onkologią osób starszych i ta specyfika jest wyraźna. Większość onkologów leczy głównie osoby w wieku senioralnym. Lekarze, którzy przeprowadzają diagnostykę nowotworów, najczęściej szukają i znajdują je u osób starszych. W związku z tym odpowiednie programy zarówno nauczania, jak i profilaktyczne, jak i podejście – tak. Natomiast na razie nie planujemy tworzenia specjalnego systemu onkologii dla osób w wieku senioralnym.

Co do krajowej strategii i podejścia zindywidualizowanego oraz tego, co prof. Jassem wskazywał, mogę powiedzieć, że jest to w tej chwili analizowane. Sposób podejścia do pacjentów jest przedmiotem analizy, a szczególnie będzie w nowo powstającym departamencie w Ministerstwie Zdrowia, który będzie zajmował się nowoczesnymi programami leczenia. To jest program, który jest analizowany i będzie implementowany w jakimś zakresie, szybko, ale na razie nie mogę więcej powiedzieć. Wiem, że prace te nie są niezauważane – wręcz przeciwnie, obecnie są przedmiotem analizy w Ministerstwie Zdrowia i należy spodziewać się wprowadzania poszczególnych elementów tego programu jako docelowego.

Na pytanie pani poseł Burzyńskiej, skąd tak duże zróżnicowanie w poszczególnych regionach, to jest także pytanie bardzo szerokie i historyczne. Nie podejmuję się dzisiaj odpowiedzieć całościowo. Mogę powiedzieć, że zależy to również od czynników dotyczących zachorowalności w danych regionach, pewnych uwarunkowań populacyjnych, a także od tego, jak była przeprowadzona profilaktyka oraz jakie szczepienia zostały przeprowadzone. Ważna jest również zapadalność na choroby predysponujące do wystąpienia ewentualnie nowotworów oraz charakter zawodów uprawianych w danym regionie i warunki pracy. Oczywiście ma znaczenie sieć onkologiczna czy są to regiony, w których jest dobrze rozwinięta sieć onkologiczna przez lata, pięć lat temu, dziesięć lat temu, czy dwadzieścia lat temu, jak lekarze onkolodzy i w jaki sposób oddziaływali na grupy lekarzy, którzy też pracują w tych regionach. Uwarunkowania te są bardzo różnorodne. Chociaż, jak przedstawiałem w planie Narodowej Strategii Onkologicznej, istnieje dążenie do wyrównania szans na diagnostykę, leczenie, rehabilitację i profilaktykę, problem ten jest jak najbardziej dostrzeżony. Nowoczesne metody komunikacji, w tym także e-zdrowia, rejestracji, skierowań oraz informacji dla pacjentów, niewątpliwie te różnice będą niwelowały. Natomiast porównywanie z innymi krajami jest trudne, gdyż nawet jeśli pod względem liczby ludności kraj ten jest podobny, ma inną strukturę wszystkiego, na przykład żywienia. To żywienie ma znaczący wpływ na rozwój niektórych nowotworów, jak na przykład spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, czynniki środowiskowe oraz sprawy związane z zanieczyszczeniem środowiska – nie tylko powietrza, ale również wód i innych obszarów. Dlatego też te różnice na pewno nie zostaną całkowicie zniwelowane, gdyż są one uwarunkowane wieloma czynnikami. Naszym celem jest zapewnienie równego dostępu do profilaktyki, diagnostyki i leczenia, co będziemy starali się osiągnąć.

Jednakże pełne wyrównanie wszystkich czynników nie jest możliwe ze względu na specyfikę populacyjną zarówno Polski, jak i innych krajów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję, czy są jeszcze głosy z sali? Czy są pytania?

Bardzo proszę, pan Jerzy Płókarz i pani Krystyna Lewkowicz.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, szanowni państwo, panie ministrze, na tej Komisji był już poruszany temat, o którym powiem. Do pana ministra taki apel, bowiem bezskuteczna była nasza interwencja. Zgłaszają się do nas seniorzy, ale również i pracownicy zespołów orzekania o niepełnosprawności, że występuje powszechny problem dla starszych ludzi. Senior wychodzi ze szpitala, jest wypisywany, otrzymuje kartę informacyjną leczenia szpitalnego i dostaje goły wydruk. Następnie ma potrzebę, bo musi się zgłosić do komisji orzekającej o stopniu niepełnosprawności i ta karta jest gołym wydrukiem, nie jest podpisana. Obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia odnośnie do wzorów dokumentacji medycznej, gdzie jest jednoznacznie określone, że dokumentacja medyczna, a takim jest karta informacyjna wypisu leczenia szpitalnego, powinna być opatrzona imieniem, nazwiskiem osoby, która ją wystawia, czyli powinna być podstemplowana. Efekt jest taki, że pracownicy zespołów orzekania o niepełnosprawności, nie mogą honorować tej dokumentacji i jak sami mówią, bo rozmawiam z nimi, z ciężkim sercem muszą powiedzieć tej starszej osobie, która ledwo się porusza: „niestety musi pan czy pani wrócić do tego szpitala, żeby ktoś tam się podpisał na karcie leczenia szpitalnego”. My w pojedynczych przypadkach interweniujemy, bo spotkaliśmy się nawet w szpitalach z taką sytuacją, że żądano od seniora, aby złożył podanie o wydanie dokumentu podpisanego przez osobę uprawnioną do wystawienia. Kiedy taki senior zgłasza się do nas, wystarczy nawet interwencja telefoniczna, powołanie się na rozporządzenie ministra zdrowia i natychmiast dostaje. Jednak osoby, które się zgłoszą, a jest jeszcze cała masa pozostałych... Panie ministrze, apel, żeby z resortu zdrowia wyszło jakieś przypomnienie, nie wiem prośba do NFZ, żeby z kolei szpitale na swoim terenie przypominały o tym obowiązku, że dokumentacja medyczna musi być podpisana. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, pani Krystyna Lewkowicz.

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Szanowni państwo, podzielam pogląd wypowiedziany już przez moich przedmówców, że materiał przedstawiony przez pana ministra i przygotowany przez ministerstwo jest niezwykle obszerny oraz szczegółowy. Zawiera masę danych statystycznych, które są naprawdę trudne do ogarnięcia, a jednocześnie zupełnie nie można przełożyć tego na ocenę, w którym miejscu jesteśmy z opieką i terapią onkologiczną, zarówno pod względem oceny dostępności w kraju, jak i na tle innych państw.

To, co jest niewątpliwie warte podkreślenia, to że w Polsce są doskonałe regulacje prawne. Możemy powiedzieć, że Narodowa Strategia Onkologiczna, która została wprowadzona przepisami, jest niezwykle obszerna i wyczerpująca, można powiedzieć komplementarna. Natomiast jak wygląda jej realizacja? Tutaj sytuacja jest nieco gorsza. Do tej strategii powstały bardzo szczegółowe programy działania, co się zrobi w 2020 r., 2021 r., nie będę już tego przytaczała, żeby nie przedłużać. Spodziewałam się, że w tych materiałach znajdę chociaż jakieś sprawozdanie lub informacje, czy te szczegółowe programy zaplanowane na poszczególne lata zostały zrealizowane, ale materiał niestety na to nie pozwala.

Aby zdobyć jakiekolwiek informacje na temat stanu onkologii w Polsce, pozwoliłam sobie zaczerpnąć informacje z dwóch źródeł. Po pierwsze, jest bardzo obszerny raport Najwyższej Izby Kontroli, który nazywa się „Dostępność i efekty leczenia nowotworów”. Ten raport jest bardzo krytyczny; wynika z niego, że zarówno nakłady na onkologię, jak i efekty lecznicze, plasują nas na jednym z najgorszych miejsc w Europie. To jest jedna bardzo niepokojąca kwestia wynikająca z tego raportu. Drugim źródłem są bardzo dobre

badania fundacji Onkofundacji. Jest to wskaźnik syntetycznie oceniający różne aspekty leczenia, dostępności, skuteczności itp. W 2018 roku oncoindex dla Polski wynosił 20 punktów. Skala tego indeksu jest 100, czyli od 0 do 100 punktów. Według tych badań, w 2018 roku Polska osiągnęła 29 punktów. Trzeba powiedzieć, że nastąpiła niewątpliwa poprawa w różnych obszarach dostępności onkologii, ponieważ w 2023 r. ten indeks z 29 punktów wzrósł na 41 punktów. W związku z tym, nastąpiła jakaś poprawa, ale jeżeli na 100 punktów mamy w tej chwili 41, to tutaj już ta ocena sama się nasuwa. Jednocześnie ta fundacja opracowała ocenę dostępności leków i refundacji poszczególnych terapii. Na 139 substancji rekomendowanych przez Europejskie Towarzystwo Onkologii, w Polsce jest w pełni refundowanych 28,8%. Refundowanych częściowo jest 36,7%. Zupełnie nierefundowanych, całkiem nierefundowanych jest 34,5% terapii lekowych. W związku z tym, nie wygląda to na pewno dobrze. Dane dotyczące pacjentów onkologicznych nie pokazują nas w dobrym świetle, jak powiedziałam, wszystkie te parametry są w końcówce krajów europejskich. Również poziom zgonów, umieralności jest jednym z najwyższych w Europie.

Oprócz tej suchej statystyki, z której niewiele wynika i nie jesteśmy w stanie jej nawet ogarnąć, oczekiwalibyśmy odpowiedzi zarówno na te pytania, które była uprzejma postawić pani przewodnicząca. Jak również bardzo interesującą tezę wygłosiła tutaj pani profesor, że długość przeżycia od diagnozy jest szalenie ważna dla pacjentów 60+. Tu znowu rekomenduję państwu zarówno Ministerstwu Zdrowia, jak i innym instytucjom, ściślejszą współpracę z organizacjami senioralnymi, bo te cały czas odgrywają bardzo pozytywną rolę, jeśli chodzi o profilaktykę, a nie o leczenie. Jeżeli chodzi o profilaktykę, uświadomienie, informacje, przekazywanie jakichś sugestii, gdzie chorzy mogą się zgłosić, które szpitale specjalizują się, w jakich rodzajach nowotworów, te wszystkie informacje możemy bardzo skutecznie przekazywać pacjentom 60+, bo organizacje senioralne mają wpisaną profilaktykę w stałe programy edukacyjne. Może tą drogą moglibyśmy wspomóc Ministerstwo Zdrowia w działaniach informacyjnych oraz edukacyjnych, skierowanych do pacjentów 60+. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję.

Mam tylko prośbę, jeszcze pani Krystyno, gdyby pani zechciała przypomnieć ten oncoindex, wzrost z ilu do ilu punktów nastąpił? Nie zapisałam sobie. 28 punktów do 40?

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Tak, w 2018 r. oncoindex wynosił 29 punktów, a w 2023 r. wyniósł 41 punktów, przy czym największy przyrost nastąpił między 2022 r. a 2023 r., bo aż o 10 punktów. Z tych kilkunastu punktów między 29–41 to dziesięciopunktowa poprawa nastąpiła między 2022 r. a 2023 r.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję za takie szczegółowe opracowanie pani Krystyno.

Cieszy ten progres, bo jest on jednak znaczący i tak wiele jest jeszcze do zrobienia. Ale tak samo cieszy ogromnie wzrost nakładów o blisko 13 mld zł na onkologię pomiędzy rokiem 2019 a 2023 r., to też jest ogromny progres.

Chciałabym tylko pana ministra zapytać, bo nie dopytałam, przepraszam, jakie są plany w zakresie wsparcia leczenia onkologii na rok bieżący? Jeszcze tylko króciutko.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Pani przewodnicząca, to jest pytanie nieco wykraczające poza temat dzisiejszej Komisji. Wcale się nie staram uchylić od pytania. Po prostu, jeśli będą tematem posiedzenia plany ministerstwa wobec onkologii czy leczenia onkologicznego osób w wieku senioralnym, czy też w uwzględnieniu całej onkologii, to jest temat sądzę na długie posiedzenie Komisji wraz z opiniami ekspertów, konsultantami krajowymi, wszystkimi osobami, które nad tym pracują.

Przechodząc do odpowiedzi, wiadomo, jakie są planowane nakłady, jakie ilości środków finansowych mają być przekazane na leczenie onkologiczne. Wiadomo o tym, iż również pieniądze, które były przekazywane na media publiczne w ilości 3 mld zł mają

być przekazane w dużej mierze na leczenie onkologiczne. Nakłady finansowe również w zakresie edukacji, tu mam na myśli szkolenie lekarzy i personelu mają zapewnione duże środki. Wzrost zarówno procedur medycznych, jak i środków na infrastrukturę onkologiczną oraz kontynuacja reformy Krajowej Sieci Onkologicznej, to wszystko jest zaplanowane i to wszystko się dzieje. Postępuje to z miesiąca na miesiąc i są ogłaszane konkursy, przeprowadzane różne projekty. Jest to materiał bardzo obszerny i absolutnie nie ma tak, żebyśmy w jakimkolwiek miejscu chcieli się tutaj zatrzymać czy ograniczyć. Planowany wzrost jest jak najbardziej do utrzymania. Jedynym istotnym wydarzeniem jest KSO, które zostało przesunięte z powodu słabego przygotowania infrastrukturalnego oraz niewystarczających wymagań, które zostały postawione, co mogło skutkować pozbawieniem opieki tysięcy pacjentów. Musieliśmy zwrócić na to uwagę i ocenić to negatywnie. Natomiast pozostałe czynniki dotyczące tego, co się wydarzyło oraz planowane działania chcemy utrzymać. Ten kurs będzie po prostu kontynuowany. Krajowa sieć będzie podlegać pewnym dostosowaniom, aby nie popełnić tego błędu po raz drugi, co przyniesie również pozytywne skutki, a nie negatywne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Panie ministrze, nie chciałam panu zrobić kłopotu. Sądziłam, byłam przekonana, że pan jako wiceminister zdrowia ma taką informację, jakiego rzędu środki chcecie państwo w bieżącym roku przeznaczyć na leczenie onkologiczne. Pan minister odpowiedział mi 3 mld na media publiczne. Panie ministrze, to państwo postawiliście media publiczne w stan likwidacji. To jest moja odpowiedź. Natomiast przykro mi, że pan takiej kwoty nie zna, ale ten temat w tym momencie zakończę, bo tak jak mówię nie chciałam panu robić kłopotu. Blisko 13 mld na przestrzeni lat 2019–2023. Sądziłam, że jakąś kwotę pan tutaj teraz przytoczy.

Panie ministrze chcę powiedzieć jedno, będziemy pytać Ministerstwo Zdrowia o leczenie seniorów, będziemy prosić o wyszczególnienie seniorów w poszczególnych obszarach, bo seniorzy są podmiotem prac tej Komisji.

Dziękuję za dzisiejsze posiedzenie. Zamykam dyskusję. A pani przepraszam?

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintal-Ślimak:

Monika Pintal-Ślimak, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo proszę.

Prezes KRDL Monika Pintal-Ślimak:

Szanowna pani przewodnicząca...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam, pani reprezentuje jaką instytucję?

Prezes KRDL Monika Pintal-Ślimak:

Krajowa Rada Diagnostów Laboratorium – samorząd zawodowy.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Samorząd zawodowy. Rozumiem, że pani ma pytanie do informacji? Bo udzielam pani głosu w kontekście pytania do informacji przedstawionej przez ministra zdrowia. Tak? Proszę uprzejmie.

Prezes KRDL Monika Pintal-Ślimak:

Tak, chciałabym się jeszcze odnieść do propozycji pani przewodniczącej dotyczącej programu 60+, który mógłby być odrębny i jest jak najbardziej zasadny względem programu 40+. Z czego to wynika? Jako diagnosta laboratoryjny mogę powiedzieć, że rzeczywiście objęcie taką opieką geriatryczną osób powyżej 60 roku życia miałoby sens, bo w tej chwili program 40+ nie identyfikuje takich schorzeń, które są najczęściej wykrywalne u osób w tym wieku. Chociażby nie ma badania podstawowego takiego jak elektroforeza białek, która wykrywa szpiczaka, który jest właśnie w tych grupach wiekowych dość dużo bardziej rozpowszechniony niż u osób młodszych.

Szanowna pani przewodnicząca, chciałam powiedzieć, że cieszy mnie fakt, że program 40+ jest rekomendowany do przedłużenia. Rzeczywiście tej ewaluacji nie ma i cieszy mnie, że Ministerstwo Zdrowia zapowiada jej przeprowadzenie. My jako środowisko diagnostów, czyli laboratoria medyczne, które będą wykonywać te badania i które wykonywały, dysponujemy jakimiś danymi i chętnie je udostępnimy. Z tego co wiem, w tej chwili wiemy tylko o ilości badań, które zostały przeprowadzone. To tylko w tym kontekście chciałam poprzeć ten głos. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję za ten głos.

Przepraszam, ale nie miałam pani na liście osób zapisanych i dlatego byłam trochę zaskoczona, ale bardzo dziękuję. Tak, to jest niezwykle cenny głos i za niego dziękuję.

Szanowni państwo, dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.